|  |  |
| --- | --- |
| **PROTEZ İŞLEMLERİNDE KALİTE GÖSTERGELERİ** | |
| HASTA ADI SOYADI: | |
| DİŞ HEKİMİ: | |
| İLK MUAYENE TARİHİ: | |
| PROTEZİN TÜRÜ: | |
| ÖLÇÜNÜN ALINDIĞI TARİH/SAAT: | |
| ÖLÇÜ MADDESİ: | |
| ÖLÇÜ ALIM AŞAMA SAYISI : | |
| ÖLÇÜNÜN TEKNİSYENE KABUL EDİLDİĞİ TARİH/SAAT: | |
| PROTEZIN HASTAYA TESLIM TARIHI: | |
| PROTEZ TESLİMİ 20 GÜNDEN UZUN SÜREDE YAPILDIYSA SEBEBİ: | |
| PROTEZ KAYNAKLI TEKRAR BAŞVURU TARİHİ: | |
| TEKRAR BAŞVURU SEBEBİ: | |
| KAYBOLAN ÖLÇÜ SAYISI: | |
| KAYBOLAN PROTEZ SAYISI: | |
| ÖLÇÜ ALINIRKEN YAPILAN TEKRAR SAYISI: | |
| PROTEZ YAPILIRKEN YAPILAN TEKRAR SAYISI: | |
| PROTEZ AŞAMALARINDA HATALI KİMLİKLENDİRMEYE RASTLANDI MI? | |
| TEKNİSYEN : | İMZA: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hazırlayan**  **Kalite Birim Sorumlusu** | **Kontrol Eden**  **Kalite Yönetim Direktörü** | **Onaylayan**  **Dekan** |
|  |  |  |